

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ И ДЕОНТОЛОГИЯ

Гюльмамедов Ф.И., Томашевский Н.И., Белозерцев А.М., Яро-  
щак В.В., Кухто Г.К., Лыков В.А., Полунин Г.Е.

*Донецкий государственный медицинский университет*

Деонтологические аспекты подготовки больных к оперативному вмешательству в последние годы на страницах периодических медицинских изданий стали встречаться реже. Между тем это важная проблема, особенно в стенах хирургических клиник, где обучаются будущие врачи. Она включает в себя, как минимум, три этапа: верификацию диагноза и его

прогностическое значение на медицинскую, трудовую и социальную реабилитацию, риск оперативного вмешательства в конкретных условиях данной патологии и сопутствующих заболеваний и, наконец, прогнозирование течения послеоперационного периода. Во всех случаях объем психоэмоциональной подготовки больных зависит от состояния и конституциональной принадлежности центральной нервной системы, и всегда требуется тесное взаимодействие лечащего врача с больным. Степень развития контакта характеризует душевное состояние больного, которому предстоит оперативное вмешательство. Нужна кропотливая работа врача, который подключает не только непосредственное воздействие на своего пациента для мобилизации воли его и уверенности в необходимости операции и успешного ее завершения, в существовании арсенала средств и квалификации медперсонала для предотвращения осложнений и их излечения, но и средних и младших медицинских работников. Важно, чтобы помощники врача владели единой концепцией лечебно-охранительного режима в клинике. Опосредованное врачебное воздействие должно осуществляться через родственников и других близких больному людей, и если от этой работы уходить, то результат возможен обратный, усложняющий положение больного и врача. Мы неоднократно сталкивались со случаями, когда больной дает согласие на оперативное лечение по поводу злокачественных новообразований, но через короткий промежуток времени после «семейного совета» от операции отказывается. В этих случаях, несмотря на искреннее желание помочь больному, приходится преодолевать жесткие препятствия в лице состава «семейного совета» или даже выписывать больного с формулировкой «по настоянию больного и ...». Это явные издержки в деонтологическом содержании деятельности врача.

У группы онкологических больных не решен вопрос оглашения диагноза. Ясно одно. Ни с того ни с сего больному сказать, что у него выявлен рак желудка – опасно. Это может привести к трагическим результатам. Мы располагаем таким наблюдением: больной 33 лет через врача, госпитализировавшего его в клинику, узнал о своем состоянии вечером около 21 часа и в три часа ночи у него диагностирован инсульт. Оперативное вмешательство по поводу операбельного рака желудка не состоялось. К сожалению, нам знакомы и другие крайности. Больные категорически отказывались от радикальных вмешательств по поводу рака толстой кишки, несмотря на то, что им в конце концов было сказано об истинном заболевании. Они поступили позже с явлениями кишечной непроходимости, но операция выполнена паллиативные.

Приведенные примеры свидетельствуют о важности деонтологических аспектов подготовки хирургических больных, которые одновременно должны находить отражение и в учебном процессе. Эти вопросы в подготовке медицинских кадров мы поднимаем всегда в педпроцессе.